



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

E. U. de Enfermería y Fisioterapia

Titulación: Enfermería

TRABAJO FIN DE GRADO

Tipo de Trabajo: Trabajo de Investigación

Adherencia terapéutica en los pacientes oncológicos

Estudiante: María Blázquez Hernández

Tutor: María Isabel Rihuete Galve

Salamanca, 9 de Mayo de 2017

ÍNDICE

RESUMEN	4
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1 Instrumentos de medida para la adherencia terapéutica	6
2. OBJETIVOS	7
3. MATERIAL Y MÉTODO	7
3.1 Diseño del estudio	7
3.1.1 Población y muestra	7
3.1.2 Asignación muestral	7
3.1.3 Tamaño muestral	8
3.1.4 Criterios de inclusión	8
3.1.5 Criterios de exclusión	8
3.1.6 Descripción de las variables	8
3.1.7 Ámbito y recogida de datos	9
3.1.8 Instrumentos de evaluación	9
3.2 Metodología estadística	10
3.2.1 Estadística descriptiva	10
3.2.2 Procesado de datos	10
4. RESULTADOS	10
4.1 Edad del paciente	10
4.2 Sexo del paciente	11
4.3 Presencia de cuidador	11
4.4 Edad del cuidador	11
4.5 Sexo del cuidador	12
4.6 Parentesco del paciente con el cuidador	12
4.7 Tiempo que lleva ejerciendo como cuidador	13

4.8	Diagnóstico del paciente	13
4.9	Autonomía para la toma de la medicación	14
4.10	Fármaco correcto	14
4.11	Posología correcta	15
4.12	Cumplidor del tratamiento	15
5.	DISCUSIÓN	16
6.	CONCLUSIÓN	18
	BIBLIOGRAFÍA	19
	ANEXOS	21

RESUMEN

La adherencia terapéutica se puede definir como la conducta que adquiere el paciente a la hora de tomar la medicación, cambiar su estilo de vida, seguir una dieta etc. En la actualidad, la baja adherencia a los tratamientos es un problema de gran magnitud. Toma importancia en el caso de los enfermos oncológicos, el cáncer es una enfermedad que trae consigo numerosos y variados síntomas, no sería posible su adecuado control sin un cumplimiento correcto del tratamiento por parte de los pacientes.

El objetivo principal del trabajo ha sido comprobar la adherencia al tratamiento en un grupo de pacientes oncológicos y describir cuáles son los errores que cometen a la hora de tomar la medicación. Para ello se ha diseñado un estudio piloto, descriptivo observacional transversal.

Según los resultados obtenidos llama la atención el bajo porcentaje de pacientes que se adhieren al tratamiento. Los errores más comunes se relacionan con olvidos, complejidad del tratamiento y abandonos, que coincide con la literatura consultada.

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la adherencia terapéutica como “el cumplimiento del tratamiento; tomar la medicación de acuerdo con el programa prescrito y con persistencia, lo que implica, tomar la medicación a lo largo del tiempo de tratamiento indicado”.

El cumplimiento del tratamiento no solo se refiere a la toma de la medicación, también a las medidas no farmacológicas, como son la higiene, la alimentación, acudir a los controles... Es aquí donde toma importancia el papel del profesional sanitario para aconsejar, apoyar y seguir la evolución del paciente¹.

Existen factores relacionados con la NO-adherencia que se agrupan en cuatro categorías principales: factores relacionados con el paciente, tipo de tratamiento, factor ambiental y la interacción médico paciente².

Los aspectos principales relacionados con el paciente serían el deterioro sensorial y el deterioro cognitivo: La pérdida de visión o de audición puede conducir a que el paciente no obtenga las instrucciones adecuadas verbales o escritas, además de su dificultad para abrir envases, desplazarse, etc².

El deterioro cognitivo puede ser quizás una de las causas principales por la que la información no se procese de manera correcta, omitiendo parte del contenido, aprendizaje incorrecto, incompleto, fuera de tiempo, etc².

Es cierto que el tipo de enfermedad (crónica o aguda) puede influir en la conducta del paciente. Los procesos agudos que cursan con síntomas como dolor generan porcentajes más altos de adherencia, al contrario que las enfermedades crónicas¹.

El tipo de tratamiento puede hacer más difícil su cumplimiento. Entre las características que influyen en el cumplimiento terapéutico se pueden destacar las siguientes¹:

- La complejidad de las prescripciones dificultan su comprensión.
- Las terapias prolongadas tienden a abandonarse.
- Los cambios en la terapia.
- La efectividad del tratamiento que percibe el paciente¹.

En cuanto a los factores ambientales es importante tener en cuenta el aislamiento, las creencias sociales y los mitos en salud, por ejemplo tomar las medicinas solo cuando no se encuentre bien y suspenderlas cuando se encuentre mejor. Todo esto influirá en la adhesión de los pacientes².

Por último es importante hablar de la relación médico-paciente a la hora de dar instrucciones en relación a los horarios, la forma y la duración del tratamiento. La adherencia puede verse afectada si el paciente no tiene habilidad adecuada para expresar sus dudas o si no se dispone de tiempo suficiente para explicar el tratamiento².

El cumplimiento del tratamiento es un tema fundamental en el abordaje terapéutico de los enfermos oncológicos, puesto que está relacionado con el éxito o el fracaso en el control de la enfermedad o de la sintomatología¹.

En el caso del cáncer, las particularidades de la enfermedad, como la presencia de dolor, los efectos secundarios de los tratamientos, las creencias con respecto a los resultados de la enfermedad o sus diferentes formas de tratamiento, son factores que influyen en la adherencia terapéutica³.

1.1 INSTRUMENTOS DE MEDIDA PARA LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA: TEST DE MORISKY-GREEN

Es un instrumento validado para su utilización en pacientes con distintas enfermedades crónicas, es seguramente el más utilizado en la valoración del cumplimiento terapéutico.

Consiste en cuatro preguntas de respuesta dicotómica (SÍ/NO) que reflejan la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. La ventaja de este cuestionario es que proporciona información sobre las causas del incumplimiento.

Se pretende valorar si el enfermo adopta la actitud correcta para su enfermedad y se asume que si las actitudes son incorrectas, el enfermo es incumplidor. Se considera que el enfermo es cumplidor si responde de forma correcta a las cuatro preguntas (NO/SI/NO/NO)⁴:

- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

- Cuando se encuentra bien, ¿Deja de tomar la medicación?
- Si alguna vez le sienta mal, ¿Deja usted de tomarla?

Es un método ágil, práctico e idóneo para obtener un conocimiento cercano a la realidad. Se ha visto que su especificidad es alta y que tiene un alto valor predictivo⁴.

2. OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio será comprobar la adherencia al tratamiento farmacológico de los enfermos oncológicos.

Los objetivos específicos serán:

- Comprobar la adherencia al tratamiento farmacológico al mes del alta hospitalaria
- Analizar cuáles son los errores más frecuentes en el cumplimiento
- Describir el perfil de los pacientes oncológicos
- Determinar el perfil de los cuidadores principales
- Determinar el nivel de autonomía de los pacientes en la toma de la medicación.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Se ha diseñado un estudio descriptivo observacional transversal.

3.1.1 Población y muestra

La muestra de pacientes procederá de los pacientes ingresados en la Unidad de hospitalización de Oncología del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca durante los meses de febrero a abril de 2017

3.1.2. Asignación muestral

Los pacientes serán asignados al estudio de forma prospectiva el día del alta hospitalaria mediante muestreo no probabilístico accidental.

3.1.3 Tamaño muestral

Para determinar el tamaño muestral, puesto que se trata de un estudio piloto, se ha tenido en cuenta el tamaño muestral de otros estudios similares recogidos en la bibliografía.

3.1.4 Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de cáncer.
- Estar ingresado en la Unidad de Hospitalización de Oncología y ser dado de alta a su domicilio
- Firmar el documento de consentimiento informado

3.1.5 Criterios de exclusión

- No responder a la llamada telefónica en el plazo previsto
- No responder a las preguntas aun habiendo expresado previamente su deseo de participar en el estudio

3.1.6 Descripción de las variables

3.1.6.1 Variables a estudio:

1. Cumplimiento o no del tratamiento prescrito
2. Errores cometidos al tomar la medicación
 - Fármaco correcto
 - Posología correcta

3.1.6.2. Variables ambientales:

1. Edad del paciente
2. Sexo del paciente
3. Diagnóstico
4. Autonomía en la toma de medicación
5. Edad del cuidador
6. Sexo del cuidador
7. Vínculo del cuidador con el paciente

8. Tiempo que lleva ejerciendo como cuidador

3.1.7 Ámbito y recogida de datos

El ámbito del estudio será el domicilio de los pacientes al que se accederá mediante un seguimiento telefónico previo consentimiento informado (ANEXO 1).

Para la recogida y almacenamiento de los datos se utilizará una base de datos creada específicamente para este estudio mediante IBM SPSS V.21.

3.1.8 Instrumentos de evaluación

Para evaluar las distintas variables se utilizará las siguientes hojas de registro:

- Recogida de datos mediante la entrevista telefónica
- Variables referentes a edad y datos clínicos serán recogidas de la historia clínica del paciente
- Medición del cumplimiento terapéutico: Test Morisky-Green (ANEXO 2)
- Detección de los posibles errores en cuanto al fármaco correcto y posología mediante el informe de alta médica
- Autonomía en la toma de medicación del paciente mediante la entrevista telefónica

3.1.8.1 Seguimiento Telefónico

Mediante la entrevista telefónica se anotarán las respuestas del enfermo y/o su cuidador y quedarán registradas mediante soporte informático en hojas de registro correspondientes.

Al alta hospitalaria se concretará con el enfermo el día y la hora de la llamada telefónica. Se realizará a los 30 días después del alta.

Se anotará el cumplimiento o no del tratamiento farmacológico y cuáles son los fármacos que toma el paciente atendiendo a la identificación del fármaco, la hora, el intervalo de tiempo entre las distintas tomas y las dosis de los fármacos

Las respuestas de los enfermos serán contrastadas con las prescripciones médicas según figura en el informe de alta médica.

Limitaciones del seguimiento telefónico:

- La subjetividad de las respuestas del paciente o del cuidador
- No disponibilidad del paciente o del cuidador para contestar a la llamada

3.2 METODOLOGÍA ESTADÍSTICA

3.2.1 Estadística descriptiva

- Las variables cuantitativas serán definidas por medias e intervalos de valor.
- Las variables cualitativas por frecuencias y porcentajes.

3.2.2 Procesado de datos

Para el procesamiento de datos se utiliza el programa estadístico SPSS V.21.

4. RESULTADOS

Se ha reclutado un total de 17 pacientes, 4 de ellos no pudieron participar en el estudio por cumplir criterios de exclusión.

4.1 Edad del paciente

Respecto a la edad, los pacientes tienen una media de 65,00 años. En la **Tabla I** pueden verse los estadísticos descriptivos referentes a la edad de los pacientes.

Estadísticos Edad					
N		Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Válidos	Perdidos				
13	0	65,0000	12,70827	43,00	83,00

Tabla I: Estadísticos descriptivos (media y desviación típica) de la variable “Edad del paciente”.

4.2 Sexo del paciente

Respecto al sexo de los pacientes hay 7 hombres y 6 mujeres. Su frecuencia y porcentaje puede verse en la **Tabla II**.

Sexo				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hombre	7	53,8	53,8	53,8
Válidos Mujer	6	46,2	46,2	100,0
Total	13	100,0	100,0	

Tabla II: Distribución de frecuencias y porcentaje de la variable “Sexo de los pacientes”.

4.3 Presencia de cuidador

Respecto al cuidador , 6 pacientes no tienen cuidador principal y 7 pacientes sí lo tienen. Su frecuencia y porcentaje puede verse en la **Tabla III**.

Cuidador				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	6	46,2	46,2	46,2
Válidos Sí	7	53,8	53,8	100,0
Total	13	100,0	100,0	

Tabla III: Distribución de frecuencias y porcentaje de la variable “Cuidador”.

4.4 Edad del cuidador

Respecto a la edad del cuidador, la media es de 58,71 años. En la **Tabla IV** pueden verse los estadísticos descriptivos referentes a la edad del cuidador.

Estadísticos					
Edad del cuidador					
N		Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Válidos	Perdidos				
7	6	58,7143	13,43769	41,00	76,00

Tabla IV: Estadísticos descriptivos de la variable “Edad del cuidador”.

4.5 Sexo del cuidador

Respecto al sexo del cuidador, dentro del 53,8% (7 pacientes) que sí tienen cuidador, 1 es hombre y 6 son mujeres. En la **Tabla V** pueden verse su frecuencia y porcentaje.

Sexo del cuidador		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	1	7,7	14,3	14,3
	Mujer	6	46,2	85,7	100,0
	Total	7	53,8	100,0	
Perdidos	Sistema	6	46,2		
Total		13	100,0		

Tabla V: Distribución de frecuencias y porcentaje de la variable “Sexo del cuidador”

4.6 Parentesco del paciente con el cuidador

Respecto al parentesco del paciente con el cuidador, del 53,8% de pacientes con cuidador, un 42,9% son hijo/a y un 57,1% son cónyuges. En la **Tabla VI** pueden verse su frecuencia y porcentaje.

Parentesco del paciente con el cuidador		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hijo/a	3	23,1	42,9	42,9
	Cónyuge	4	30,8	57,1	100,0
	Total	7	53,8	100,0	
Perdidos	Sistema	6	46,2		
Total		13	100,0		

Tabla VI: Distribución de frecuencias y porcentaje de la variable “Parentesco del paciente con el cuidador”.

4.7 Tiempo que lleva ejerciendo como cuidador

Respecto al tiempo que lleva ejerciendo el cuidador, del 53,8% de pacientes con cuidador (7 pacientes), 1 de ellos lleva ejerciendo más de 5 años, 3 de 1 a 5 años y 3 de 0 a 1 año. En la **Tabla VII** pueden verse su frecuencia y porcentaje.

Tiempo que lleva ejerciendo el cuidador					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Entre 0-1 año	3	23,1	42,9	42,9
	De 1-5 años	3	23,1	42,9	85,7
	Más de 5 años	1	7,7	14,3	100,0
	Total	7	53,8	100,0	
Perdidos	Sistema	6	46,2		
Total		13	100,0		

Tabla VII: Distribución de frecuencias y porcentaje de la variable “Tiempo que lleva ejerciendo el cuidador”.

4.8 Diagnóstico del paciente

Respecto al diagnóstico del paciente, los porcentajes significativos serían el cáncer de mama con un 23,1%, el cáncer de colon con un 23,1% y el cáncer de próstata con un 15,4%. En la **Tabla VIII** pueden verse su frecuencia y porcentaje. Se puede ver su representación gráfica en ANEXO 3.

Diagnóstico				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Cáncer de mama	3	23,1	23,1	23,1
Cáncer de colon	3	23,1	23,1	46,2
Cáncer de recto	1	7,7	7,7	53,8
Cáncer renal	1	7,7	7,7	61,5
Leucemia linfática crónica	1	7,7	7,7	69,2
Cáncer de próstata	2	15,4	15,4	84,6
Cáncer de páncreas	1	7,7	7,7	92,3
Cáncer de pulmón	1	7,7	7,7	100,0
Total	13	100,0	100,0	

Tabla VIII: Distribución de frecuencias y porcentaje de la variable “Diagnóstico”.

4.9 Autonomía para la toma de la medicación

Respecto a la autonomía del paciente para tomar la medicación, un 69,2 % (9 pacientes) sí son autónomos para tomarla y un 30,8% (4 pacientes) no son autónomos. En la **Tabla IX** pueden verse representados la frecuencia y el porcentaje.

Autónomo/a para tomar la medicación				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	4	30,8	30,8	30,8
Sí	9	69,2	69,2	100,0
Total	13	100,0	100,0	

Tabla IX: Distribución de frecuencias y porcentaje de la variable “Autónomo/a para tomar la medicación”.

4.10 Fármaco correcto

Respecto a la toma del fármaco correcto, un 76,9% afirman tomar el fármaco correcto, respecto a un 23,1% que no lo toman. En la **Tabla X** pueden verse su frecuencia y porcentaje.

Toma el fármaco correcto				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	3	23,1	23,1	23,1
Si	10	76,9	76,9	100,0
Total	13	100,0	100,0	

Tabla X: Distribución de frecuencias y porcentaje de la variable “Toma el fármaco correcto”.

4.11 Posología correcta

Respecto a la posología correcta, un 61% de los pacientes no toma la medicación a las horas correctas, mientras que un 38,5% sí lo hace. En la **Tabla XI** pueden verse su frecuencia y porcentaje.

Posología correcta				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	8	61,5	61,5	61,5
Sí	5	38,5	38,5	100,0
Total	13	100,0	100,0	

Tabla XI: Distribución de frecuencias y porcentaje de la variable “Posología correcta”.

4.12 Cumplidor del tratamiento

Respecto al cumplimiento del tratamiento, un 61,5% de los pacientes no cumplen el tratamiento, mientras que un 38,5% sí lo cumplen. En la **Tabla XII** pueden verse su frecuencia y porcentaje. Representación gráfica en ANEXO 4.

Cumplimiento de tratamiento correcto				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	8	61,5	61,5	61,5
Sí	5	38,5	38,5	100,0
Total	13	100,0	100,0	

Tabla XII: Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable “Cumplimiento de tratamiento correcto”.

5. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo ha sido comprobar si los pacientes oncológicos se adhieren al tratamiento farmacológico al mes del alta hospitalaria. En este caso el cumplimiento o no del tratamiento se ha valorado mediante el Test Morisky-Green, que valora según la percepción que tiene el paciente del cumplimiento del tratamiento¹.

Llama la atención, como se ha visto en la parte de resultados, que solo un 38% de los pacientes se adhieran al tratamiento y un 61,5% no cumplan o sigan las instrucciones correctamente.

En otros estudios con muestras superiores se ha visto que la adherencia en grupos de pacientes con enfermedades crónicas es de un 50%, y en enfermedades agudas varía de un 31% a un 49%⁵.

Si queremos hablar de adherencia es necesario decir que existen numerosos factores que hacen que el cumplimiento del tratamiento a largo plazo sea satisfactorio o no.

Una de las principales incógnitas acerca de este tema es cuáles son los errores que cometen los pacientes. Para valorar los errores más comunes a la hora de tomar el tratamiento, se ha tenido en cuenta la posología correcta y la toma del fármaco correcto. En este estudio, la mayoría de los pacientes (65,1%) no toman el tratamiento a las horas prescritas y un 23,1% no toma el fármaco correcto.

En la entrevista telefónica los pacientes que no tomaban los fármacos a tiempo expresaron que se debía a olvidos o, en algunos casos, como por ejemplo la suspensión de un corticoide, les resultaba complicado cumplirlo.

Existen autores que indican más de 200 factores que se relacionan con el incumplimiento, uno de los principales sería el olvido, que es la causa más frecuente de la no-adherencia al tratamiento farmacológico⁶.

A parte de este, cabe destacar algunos como la falta de educación sanitaria sobre la patología que presenta el paciente, la falta de información a cerca del tratamiento, el miedo a los efectos secundarios o la propia decisión del paciente de incumplir el tratamiento⁶.

Centrándonos en el tratamiento oncológico, es importante decir que es uno de los más complejos por la amplia sintomatología que presentan estos pacientes. Se demostró que los pacientes presentan entre 3 y 18 síntomas, con una media de 10⁹.

Es necesario que los enfermos tengan información sobre la incidencia de los síntomas y que sean conscientes del valor que tiene tomar correctamente el tratamiento para su adecuado control⁹.

Se ha visto que hay distintos elementos socio-demográficos y clínicos que se relacionan con la adaptación al tratamiento oncológico, algunos de ellos son la edad, el sexo, el tipo de tumor, el tipo de tratamiento, sus efectos secundarios etc⁷.

En cuanto a la edad, en este estudio, la edad media de los pacientes es de 65 años. En estudios con muestras superiores la edad media es de entre 61 y 64 años^{1,8}.

En relación al efecto que tiene la edad sobre el cumplimiento correcto del tratamiento se ha observado en otros trabajos de investigación que los pacientes más jóvenes cometen menos errores⁶.

En el caso del cáncer, el papel del cuidador principal es crucial en la atención domiciliaria, normalmente se comprometen a realizar cuidados complejos, como trámites hospitalarios, higiene o la administración de la medicación. Su participación es esencial para un tratamiento óptimo y para conservar la adherencia a este¹⁰.

El género mayoritario del cuidador es el femenino, en ocasiones, las mujeres pueden sentirse presionadas a asumir este papel, o ser vistas como las responsables del cuidado¹.

En este caso el 85,7% de los cuidadores principales son mujeres, y su relación con el paciente es de cónyuge en primer lugar y en segundo de hijo/a.

Los cuidadores experimentan afectaciones físicas y psicológicas. Estas pueden generarles dificultades para mantener sus actividades e intereses. Por eso es imprescindible que se realicen intervenciones y programas destinados a ellos para que mantengan sus actividades de autocuidado y bienestar emocional. Esto concluirá con una mejora del cuidado para los pacientes a largo plazo¹⁰.

Ante estas circunstancias, se han establecido una serie de actuaciones para mejorar la adherencia terapéutica de estos pacientes así como su entorno y su apoyo socio-familiar. Estas se relacionan con la información y la educación tanto al paciente como a la familia¹.

Es importante transmitir conocimientos y así dar confianza al cuidador y al enfermo, es una forma para ellos de adquirir control sobre la enfermedad¹.

Otras formas de mejorar la adherencia incluyen actividades como:

- Adaptar el tratamiento a la situación del paciente
- Reducir su complejidad
- Forzar intercambios de preguntas y respuestas, motivar.
- Utilizar estrategias para que mejore la memoria del paciente
- Monitorizar al paciente periódicamente⁶.

6. CONCLUSIÓN

A la vista de los resultados obtenidos podemos extraer las siguientes conclusiones:

- La mayoría de los pacientes no se adhieren al tratamiento prescrito
- Los errores más comunes a la hora de tomar la medicación se relacionan con olvidos o con abandonos del tratamiento tanto porque el paciente considera que le sienta mal como porque considera que no lo necesita
- La gran variabilidad en cuanto a la edad de la muestra no permite sacar conclusiones respecto a su relación con la adherencia terapéutica
- Debido a las características de estudio piloto, con una muestra reducida de pacientes no se puede establecer una relación causal entre autonomía y falta de adherencia pero sí parece una variable interesante para analizar en un estudio posterior debido al alto índice de autonomía de la muestra y al alto índice de falta de adherencia.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1: Rihuete Galve MI. La información, el seguimiento y el apoyo al enfermo oncológico y su familia como estrategia de adaptación al tratamiento [tesis doctoral]. Salamanca: Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca; 2011.
- 2: Enrique G, Galeano E, Orlando J. Adherencia al tratamiento: Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Med Colom.* 2004; 30(4): 268-273.
- 3: Urzúa A, Marmolejo A, Barr C. Validación de una escala para evaluar factores vinculados a la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos. *Universitas Psychologia.* 2012; 11(2): 587-598.
- 4: Rodríguez Chamorro MA, García Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria.* 2008; 40(8): 7-413.
- 5: D'Anello Koch S, Barreat Y, Escalante G, D'Orazio AK, Benitez A. Relación médico paciente y adherencia al tratamiento. *MedULA.* 2009; 18: 33-39.
- 6: Núñez Montenegro AJ. Adherencia al tratamiento, errores de medicación y adecuación de la prescripción en pacientes polimedicados mayores de 65 años [tesis doctoral]. Málaga: Facultad de ciencias de la salud, Universidad de Málaga; 2014.
- 7: Costa G, Ballester R. Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida y malestar emocional del paciente oncológico. *Psicooncología.* 2010; 7(2-3): 453-462.
- 8: Martín Caro MM, Gómez Candela C, Castillo Rabaneda R, Lourenço Nogueira T, García Huerta M, Loria Kohen V. Evaluación del riesgo nutricional e instauración de soporte nutricional en pacientes oncológicos, según el protocolo del grupo español de nutrición y cáncer. *Nutr Hosp.* 2008; 23(5): 458-468.
- 9: Redondo Rodón B, Chacón Roger M, Grau Abalo JA, Nicot Verdecia L. Evaluación de la sintomatología más frecuente en el paciente oncológico. *Rev Cubana Oncol.* 1998; 14(2): 6-38.
- 10: Galindo Vázquez O, Rojas Castillo E, Ascencio Huertas L, Meneses García A, Aguilar Ponce JL, Olvera Manzanilla E et al. Guía de práctica clínica para la

atención psico-oncológica del cuidador primario informal de pacientes con cáncer.
Psicooncología. 2015; 12(1): 87-104.

ANEXOS:

Anexo 1:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto participar de forma voluntaria en el mencionado estudio. He comentado el estudio con el investigador MARÍA BLÁZQUEZ HERNÁNDEZ y he leído la hoja de información por escrito del estudio. He tenido la oportunidad de hacer las preguntas que me han surgido, comprendo los riesgos y beneficios que se desprenden del estudio, que mi participación en el mismo es de carácter voluntario y que poseo la posibilidad de retirarme cuando quiera de él.

Comprendo que mi participación en la investigación consiste en contestar vía telefónica un cuestionario relacionado con la toma del tratamiento prescrito por mi médico.

Comprendo que no voy a recibir ningún beneficio económico en el futuro.

Entiendo que la información de la investigación será confidencial y que ninguna persona no autorizada tendrá acceso a los resultados.

Sé cómo ponerme en contacto con los investigadores del estudio si lo preciso.

Nombre del participante:

.....

Firma del participante:

Fecha:

Nombre de los investigadores:

Centro de investigación:

Firma del investigador:

Fecha:

HOJA DE INFORMACIÓN

Con esta investigación se pretende estudiar si existe o no adherencia al (cumplimiento de) tratamiento prescrito y averiguar cuáles son los errores más comunes en la toma de la medicación.

¿En qué consiste su participación?

Si usted decide participar en este estudio deberá contestar a las preguntas de un cuestionario vía telefónica. Sus respuestas serán anónimas y confidenciales.

Se realizará una llamada al número de teléfono que usted facilite 30 días después del alta hospitalaria.

Beneficios y riesgos de participar en este estudio

Con este estudio obtenemos información sobre el porcentaje de pacientes que toman correctamente la medicación, y si no lo hacen, qué errores cometen. De este modo podemos corregir hábitos, tanto por parte de los profesionales que le atienden, como de los pacientes, y mejorar así la eficacia de los tratamientos

La participación en este estudio no conlleva ningún riesgo. Su participación será conocida por su médico de referencia.

Garantía de participación voluntaria. Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y su decisión no afectará en ningún caso a la asistencia que está recibiendo en el hospital ni la que pueda precisar en el futuro.

En el caso de que acepte participar en el estudio, es usted libre de abandonarlo en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.

Confidencialidad. El investigador se responsabiliza de que en todo momento se mantenga la confidencialidad respecto a la identificación del participante en los datos clínicos. Los datos de esta investigación quedarán archivados con un código que será el mismo que aparecerá a lo largo de todo el estudio, con lo que se evita cualquier posibilidad de que los participantes puedan ser identificados.

¿Qué hacen los investigadores con los datos que recogen?

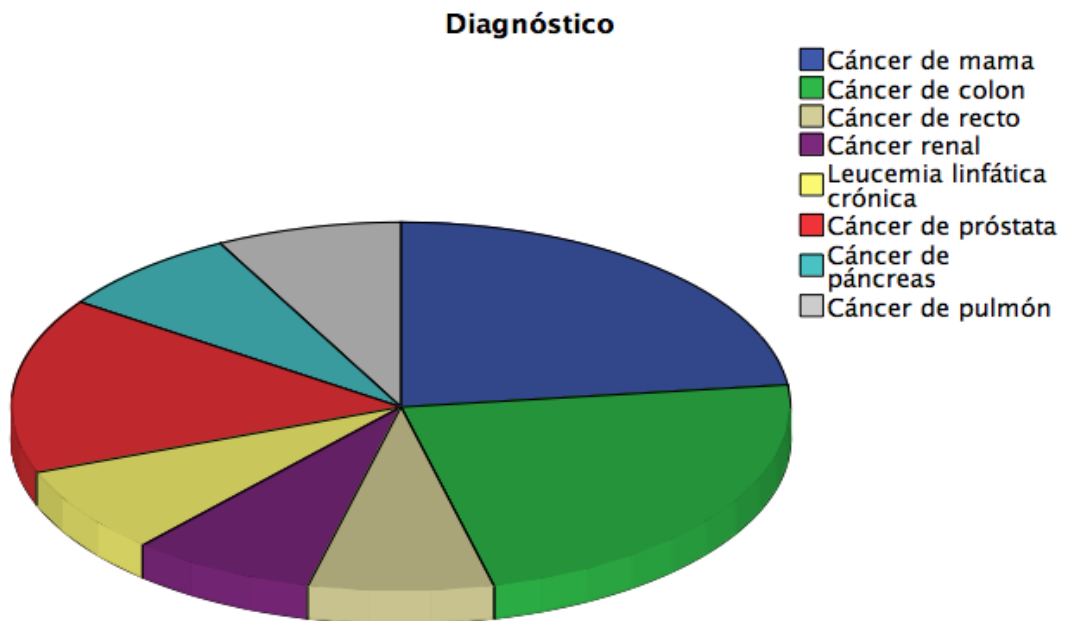
Los datos se guardan en ficheros informáticos y a cada participante se le asigna un código. Con estos datos se realizarán análisis estadísticos para relacionar los resultados clínicos y de los cuestionarios.

Anexo 2:

CUESTIONARIO MORISKY-GREEN

1. ¿Se olvida de tomar alguna vez la medicación?
2. ¿Toma la medicación a la hora indicada?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar su medicación?
4. Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar su medicación?

Anexo 3: Representación gráfica de la variable “Diagnóstico del paciente”:



Anexo 4: Representación gráfica de la variable “Cumplimiento del tratamiento correcto”

